ESTADO DE CALIFORNIA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN DE LA SALUD ADMINISTRADA

EVALUACIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)
SOLICITUD DE EXTENSIÓN DEL PLAZO DE VENCIMIENTO DE 6 MESES

1. Información del inscrito
(Para solicitar una IMR, llene una solicitud de IMR y además este formulario.)

Nombre:_____ Teléfono:_____
Día Noche Fax

Domicilio:_____
Calle Ciudad Estado Código Postal Email

2. Razón por la cual el inscrito no presentó una Solicitud para Evaluación Médica Independiente dentro del plazo de seis meses después de haber recibido la respuesta por escrito del Plan de Salud indicando que el servicio médico o tratamiento en disputa no fue médicamente necesario, o fue experimental o de investigación:

_____

_____

_____

_____

_____

3. Indique la fecha de la carta de rechazo del tratamiento enviada por el Plan de Salud y otras fechas pertinentes:

_____

_____

Firma:_____ Fecha:_____

Llene una solicitud de Evaluación Médica Independiente y envíela junto con este formulario a: Department of Managed Health Care, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814. Si tiene alguna duda, puede ponerse en contacto con el Departamento al (888) HMO-2219, fax (916) 229-0465, TDD (877) 688-9891, o visitar el sitio web del Departamento en www.hmohelp.ca.gov.

(Para uso exclusivo del Departamento de Atención de la Salud Administrada)

Reviewed By: _____ Date: _____

Reviewer's Signature: _____

Request Decision: Accept / Reject (Circle one)

Comments:_____

_____

_____

_____